

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 77

Des Abscesses froids tubaires unilatéraux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ THIBAUT

Né à Caen, le 19 décembre 1893



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1920

Des Abscès froids tubaires
unilatéraux

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	}	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	}	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS
Chimie biologique	}	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	}	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie	}	MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie	}	GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	}	POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire	}	COLLET
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND
Médecine légale	}	PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique	}	ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
	}	COURMONT (P.)
		PIC
	}	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, *Président*; M. ROLLET, *Assesseur*;
MM. PATEL et LERICHE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Des Abscès froids tubaires unilatéraux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ THIBAUT

Né à Caen, le 19 décembre 1893



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA TANTE ET A MES ONCLES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A M. LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique

Chirurgien de la Charité

Qui nous fait le grand honneur de
présider notre thèse. Nous le prions
d'agréer nos sincères remerciements et
l'expression de notre profond respect.

A MON JURY DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de notre profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DES MEMBRES DE MA FAMILLE

Morts au Champ d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON CAMARADE D'ÉTUDES ET AMI

MARCEL LE BRETON

Tombé glorieusement à Rouvroy (Somme)

A MES CAMARADES MÉDECINS AUXILIAIRES

ET MÉDECINS SOUS-AIDES-MAJORS

Morts pour la France

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer notre vie d'étudiant, nous voulons adresser à nos Maîtres l'hommage de notre reconnaissance et l'expression de notre profond respect.

A nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Caen, et particulièrement à son nouveau directeur, M. le professeur Guibé et à M. le docteur Le Roux qui ont guidé nos premiers pas et ont su nous inspirer le goût de l'art médical.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon qui, par leur bienveillance et leur dévouement, nous donnèrent le courage de reprendre nos études interrompues pendant cinq années et dont les leçons nous ont été du plus grand profit.

Nous tenons à remercier d'une façon toute particulière M. le docteur Quermonne qui a toujours prodigué à notre famille et à nous-mêmes son affectueuse sympathie ; nous ne l'oublierons jamais.

Enfin, en conservant notre meilleur souvenir aux camarades d'études que nous allons quitter, nous gardons une pensée pieuse et émue à ceux qui sont tombés dans l'accomplissement de leur devoir de soldat et de leur sacerdoce de médecin de bataillon.

INTRODUCTION ET DIVISION

L'idée première de ce travail revient à M. le professeur agrégé Patel, chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rousse. Ayant eu l'occasion d'observer un cas remarquable d'abcès froid tubaire dans lequel les deux trompes ont réagi, non pas simultanément, mais l'une après l'autre au processus tuberculeux, et nécessité deux interventions successives, il nous a prié de bien vouloir rechercher dans la littérature médicale s'il y avait des observations semblables à la sienne, s'il existait des abcès froids tubaires unilatéraux. Il nous a engagé à en faire le sujet de notre thèse.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste travail, d'apporter beaucoup d'idées nouvelles. Les abcès froids tubaires sont rares, et les cas où les lésions sont unilatérales : exceptionnels. Aussi nous déclarerons-nous satisfaits si nos efforts sont parvenus à grouper, en ces quelques pages, ce qui nous a semblé intéressant dans les travaux parus sur ce sujet.

Dans un premier chapitre nous faisons l'historique des abcès froids tubaires, nous en donnons une définition, nous rappelons sommairement leurs principaux caractères et nous rapportons nos observations ; dans

un second chapitre nous faisons une étude d'ensemble de l'abcès froid tubaire unilatéral ; nous réservons enfin un dernier chapitre à la question importante de leur traitement.

CHAPITRE PREMIER

Historique = Définition = Généralités

Si la tuberculose tubaire est connue depuis longtemps, puisqu'elle est déjà mentionnée dans les écrits de Morgagni (1744), l'abcès froid tubaire est une acquisition récente de la chirurgie moderne.

C'est Montprofit, le premier, qui a employé ce terme et l'a fait entrer dans le cadre nosologique. Dans son livre : « Chirurgie des ovaires et des trompes », il classe les salpingites en : salpingites catarrhales, salpingites interstitielles et abcès de la trompe, comprenant la salpingite tuberculeuse ou abcès froid de la trompe.

Cependant, en parcourant les anciens traités classiques on s'aperçoit que ces abcès étaient déjà connus. Si l'on se reporte au Traité clinique des maladies des femmes, par Barnes (1866), on lit qu'au Collège royal des Chirurgiens, à Londres, existe une pièce (n° FF 55) qui montre les deux trompes dilatées, ayant une forme sphérique, dont l'une est remplie par une masse blanchâtre, caséeuse, molle, ressemblant à du pus ; la pièce provenait d'une jeune fille de vingt ans morte phtisi-

que. Plus loin il décrit l'hydrops tubæ : « c'est une dilatation de la trompe produite par l'accumulation de mucus et de pus, les deux extrémités de la trompe étant bouchées. Cette dilatation peut être due quelquefois à un dépôt de matière tuberculeuse. »

D'autre part, Jeannel, dans la « Semaine Médicale » (année 1887), rapporte un cas d'abcès froid tubaire unilatéral ayant englobé l'ovaire.

Une observation d'abcès froid de la trompe est publiée en Allemagne par Werth, au Congrès allemand de gynécologie de Fribourg (1889).

En Amérique, Ladinski relate dans le « Medical Record 1901 », un cas d'abcès froid tubaire, confirmé par l'examen bactériologique.

Ce n'est qu'en 1902 que cette forme spéciale de la tuberculose des annexes est mise en relief par l'un des maîtres de la gynécologie moderne : Jean-Louis Faure. Dans son rapport au Congrès de Rome, il signale qu'il a trouvé des trompes devenues kystiques par suite de l'oblitération du pavillon, remplies tantôt d'un pus grumeleux, mal lié, peu homogène, tantôt d'un pus verdâtre et crémeux. « La paroi irrégulière, tomenteuse, recouverte d'une couche puriforme plus épaisse et plus condensée rappelle à s'y méprendre celle d'un abcès froid. Ces formes peuvent acquérir de grandes dimensions, ce sont de véritables abcès froids de la trompe qui ne diffèrent en rien de ceux qui se développent ailleurs. » C'est également à ce Congrès qu'Amann et Veit rapportent des cas d'abcès froids tubaires observés par Ste-mann et Sippel.

A partir de ce moment, l'affection étant mieux con-

nue est recherchée avec plus de soin ; on en publie un certain nombre d'observations, la plupart dues aux chirurgiens lyonnais.

En 1904, Pollosson, Jamin et Violet publient dans le « Lyon Médical » une belle observation d'abcès froid tubaire ; Tomson (Journ. Akouch. gensk. bal.) rapporte cinq observations de tuberculose génitale chez la femme dont une d'abcès froid.

En 1905, Leriche présente à la Société des sciences médicales de Lyon un cas typique d'abcès froid tubaire bilatéral ; Patel présente à la Société de Chirurgie de Lyon un double pyosalpinx opéré par Jaboulay.

En 1906 Thévenard en montre un cas à la Société anatomique de Paris.

En 1907 Violet en rapporte un autre cas dans le « Lyon Médical » et conclut que cette forme de tuberculose tubaire mérite d'être isolée et recherchée avec soin.

En 1908 Albertin ayant eu l'occasion d'enlever trois abcès froids de la trompe, en étudie la pathogénie et le tableau clinique ; il inspire la thèse de Bertrand qui, en plus des trois cas précédents, en rapporte deux nouveaux dus à l'obligeance de Tixier et Villard. Dans sa thèse inaugurale, Volle signale l'ouverture spontanée dans la vessie des abcès pelviens tuberculeux chez la femme.

En 1909, Duroux, dans le « Lyon Médical », publie un nouveau cas d'abcès froid tubaire.

En 1911, Paucot et Vanverts, dans l'« Echo Médical du Nord », ont l'occasion d'observer deux malades

atteintes de cette affection, pensent qu'elle est toujours bilatérale, et en étudient la thérapeutique.

En 1912, Abadie, d'Oran, publie dans la revue « La Gynécologie » une observation typique d'abcès froid tubaire unilatéral ; Patel présente au Congrès de Rome son rapport sur le traitement de la tuberculose génitale de la femme.

En 1913, Patel inspire la thèse de Mlle Bonneaud sur les avantages des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle de la femme, et celle d'Olivier sur les résultats éloignés du traitement chirurgical dans la tuberculose des annexes. Jayle publie dans la « Presse Médicale » une classification des diverses formes de la tuberculose des trompes.

On se rend compte, par cet aperçu historique, que la littérature médicale ne renferme qu'un petit nombre d'observations de cette forme remarquable de la tuberculose génitale chez la femme ; c'est dire que les abcès froids tubaires sont rares.

Qu'est-ce donc qu'un abcès froid tubaire ? C'est la localisation au niveau des trompes, ou d'une seule trompe, d'un processus tuberculeux atténué, chronique d'emblée, évoluant à la façon d'un abcès symptomatique d'un mal de Pott.

D'après Patel leurs caractéristiques sont les suivantes : les deux trompes sont atteintes, la collection purulente se développe surtout dans la partie externe de l'oviducte ; leur volume est toujours considérable, souvent énorme. Leur aspect est également très spécial : à voir la poche nacrée à reflets bleuâtres, on dirait un vieux kyste de l'ovaire ; au demeurant cette paroi est lisse, sans adhé-

rences intimes avec les viscères voisins. Le pus est analogue à celui des abcès froids, tantôt vert purée de pois, tantôt jaunâtre, tenant en suspension des débris caséeux. Fait important, cette tuberculose paraît vraiment isolée.

Ce qui caractérise donc ces abcès c'est la lenteur de leur évolution et surtout la collection volumineuse qui est toujours un sujet d'étonnement pour le chirurgien. Aussi ne rentrent pas dans le cadre des abcès froids tubaires certaines suppurations froides décrites aussi sous le nom de « véritables abcès froids de la trompe », dont la grosseur varie de celle d'une cerise à une noix, isolées dans un segment de la trompe. De pareilles formations n'ont qu'une entité anatomique, elles n'ont pas d'histoire clinique, et sont toutes différentes des véritables abcès froids tubaires.

C'est une affection rare ; à notre connaissance une vingtaine de cas seulement ont été publiés et dans la très grande majorité des cas, les lésions sont bilatérales, ce qui fait affirmer à Vauverts que ces abcès sont toujours bilatéraux.

Il existe cependant des cas où l'atteinte du processus tuberculeux s'est limité à une seule trompe, sans lésions concomitantes de la trompe opposée ; ces cas sont exceptionnels. Nous avons pu en réunir trois observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. PATEL, *Lyon Chirurgical*, 1920)

Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, toujours bien portante; réglée à 13 ans, régulièrement, elle s'était aperçue que, depuis un an, les règles augmentaient de fréquence et survenaient tous les 18 ou 20 jours.

A cette même époque, à la suite d'une grippe légère, elle se mit à souffrir de l'abdomen; c'est au cours de l'examen que son médecin traitant, le Docteur Daujat, constata la présence d'une tuméfaction abdomino-pelvienne volumineuse et me l'adressa.

Il existait, en effet, une tumeur régulière, lisse, mobile, indépendante de l'utérus, atteignant le volume d'une tête d'enfant. Cette jeune fille paraissait très bien portante, sans aucun antécédent suspect; je pensai à un kyste de l'ovaire et lui conseillai une intervention.

L'opération fut faite le 19 novembre 1919, j'extirpai un volumineux abcès froid tubaire droit. La trompe était distendue fortement et l'ovaire étalé sur elle était méconnaissable. L'abcès contenait 500 grammes d'un liquide purulent analogue à celui d'un abcès froid. Les annexes gauches étaient absolument saines, sans aucun point suspect, étant donné le jeune âge de la malade, je fis une castration unilatérale.

La guérison se fit sans incident, mais un mois à peine après l'opération, des douleurs réapparurent dans l'abdomen et lorsque je revis la malade, trois mois après, je constatai une tuméfaction analogue à la précédente, plus volumineuse encore. Le diagnostic d'abcès froid tubaire gauche s'imposait.

Le 25 mars 1920, je fis une nouvelle intervention qui permit

de constater un abcès froid tubaire gauche contenant 700 grammes de pus d'abcès froid. Je procédai à une castration totale avec hystérectomie. La guérison opératoire était complète le 10 avril.

OBSERVATION II

(M. ABADIE, d'Oran. Publiée dans la revue : *La Gynécologie*, 1912)

Abcès froid tubaire unilatéral, salpingectomie. Guérison.

Mademoiselle C..., 18 ans, a toujours eu une santé un peu délicate, sans maladie bien caractérisée, végétations adénoïdes; quelques bronchites sans lésions pulmonaires persistantes appréciables; parfois poussées d'entéro-colite muco-membraneuse, état névropathique atténué.

Depuis un mois environ, Mlle C... accuse des douleurs discontinues, parfois vives, siégeant très nettement du côté gauche de l'hypogastre, exagérées par la marche ou la fatigue, plus marquées pendant les périodes de constipation, atténuées par l'évacuation de l'intestin. Pas de fièvre. Pas d'altération sensible de l'état général. Règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses.

Au moment où M. le Docteur Solal nous confie sa malade, elle présente, à l'hypogastre, à gauche, une tumeur légèrement saillante à jour frisant, plus nette au palper dure, tout au moins rénitente, un peu douloureuse, dont le toucher rectal combiné au palper permet difficilement d'apprécier le siège sur le flanc gauche de l'utérus et le volume comparable à celui d'une mandarine.

Nous pensons à un kyste de l'ovaire ou un fibrome du ligament large, le passé génital de cette jeune fille étant absolument indemne, et, après quelques jours d'expectative et de traitement médical (enveloppements humides, lavements très chauds, belladone), nous conseillons une intervention.

Opération: 15 nov. 1909. Anesthésie générale, au chloroforme, très régulière, par M. le Docteur Solal. Aide M. le Docteur Abadie.

Laparotomie par incision sus-pubienne transversale de la peau et verticale de la paroi. Le péritoine pariétal est adhérent à l'épiploon; l'un et l'autre portent des granulations ma-

nifestement tuberculeuses, que l'on trouvera, au cours de l'intervention, disséminées sur tout le péritoine pelvien et quelques anses intestinales. Pas d'ascite. Après avoir relevé l'épiploon, on trouve la tumeur perçue à l'examen; elle est constituée par un coude de la trompe gauche, distendue et contournés; on la suit presque dans le Douglas, on plonge son extrémité la plus volumineuse. Après section première de l'extrémité interne de la trompe, on la décolle de dedans en dehors, faisant l'hémostase de proche en proche et laissant en place l'ovaire correspondant. Ligatures. L'exploration montre les annexes de droite normales. Reconstitution de la paroi à trois plans, sans drainage.

Suites parfaites. Revue, en mars 1911, après de longs mois de séjour en montagne, en Suisse; la malade a toutes les apparences d'une santé florissante; elle n'éprouve aucun trouble abdominal. On peut considérer la guérison comme acquise.

Examen de la pièce: La trompe ne saurait mieux être comparée qu'à un serpent, comme ceux qu'on utilisait encore, il y a quelques années, pour accompagner les chantres au lutrin. Régulièrement distendue par du liquide sous tension, étroite vers l'extrémité interne de la trompe, de plus en plus large vers l'extrémité externe, fermée sans orifice perceptible, ni trace de pavillon, la tumeur présente, à sa surface, quelques granulations miliaires disséminées. A l'intérieur, pus grumeleux, blanchâtre: pus d'abcès froid. La surface interne est pâle, finement granuleuse, sans saillies ni sillons. La paroi est mince.

L'examen microscopique porte sur deux coupes: dans l'une, la trompe est sectionnée près de son extrémité interne; l'autre montre un fragment de la paroi tubaire distendue. Sur ces deux coupes, dans l'épaisseur des replis, dans la profondeur de la muqueuse, ou sur le revêtement péritonéal, on constate nettement la présence de cellules géantes caractéristiques.

OBSERVATION III

(M. JEANNEL, *Semaine Médicale*, 1887)

Il s'agit d'une femme, âgée de 21 ans, sans antécédents morbides intéressants, accouchée une fois avec la complication

d'un abcès du sein, qui ressentit d'abord des douleurs péritoniques dans le flanc gauche, puis vit peu à peu une tumeur se développer et vint me consulter. La grosseur qui la tourmentait remontait au-dessus de l'ombilic, était fluctuante, régulière et médiane et donnait d'abord l'idée d'une grossesse avec hydramnios. Je ne m'arrêtai pas à ce diagnostic, les résultats fournis par l'exploration vaginale, l'indépendance manifeste de l'utérus et de la tumeur devant faire immédiatement exclure une telle hypothèse. Il ne pouvait être question de grossesse extra-utérine. Je diagnostiquai un kyste de l'ovaire et résolus de l'opérer.

A l'ouverture du ventre, je vis des adhérences relier la tumeur à la paroi abdominale et aux viscères pelviens. Elle était constituée par la trompe énormément dilatée et remplie de pus et par l'ovaire que le pavillon avait englobé. Sur le revêtement péritonéal et sur la masse enlevée était répandu un fin semis de granulations tuberculeuses.

Les parois de la trompe avaient, ainsi que l'examen histologique, permit, plus tard, de l'établir, la même constitution que les parois d'un abcès froid.

Nous avons donc deux observations d'abcès froid tubaire unilatéral typique développés, l'un chez une jeune fille vierge, l'autre chez une jeune femme ayant eu un accouchement, et une observation également chez une jeune fille vierge, dans laquelle l'infection tuberculeuse s'est d'abord localisée à une seule trompe en donnant naissance à un abcès froid tubaire unilatéral qui fut opéré, puis se fixa ensuite sur la trompe du côté opposé, reproduisant un second abcès froid nécessitant une nouvelle intervention. A l'aide de ces trois observations caractéristiques nous allons étudier l'abcès froid tubaire unilatéral.

CHAPITRE II

Etude de l'abcès froid tubaire unilatéral

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique différencie nettement l'abcès froid tubaire des autres formes de la tuberculose des trompes. Ce qui est caractéristique, ici, c'est la grosse collection, le volumineux abcès contenant en moyenne de 500 grammes à un litre et demi de pus. Si, dans notre observation II la tumeur était moins grosse, cela tient à ce qu'elle a été enlevée environ un mois et demi après le début de l'affection.

La forme de l'abcès froid de la trompe est assez variable, elle ressemble plus ou moins à celle de la trompe elle-même. On l'a comparée à un serpent comme ceux qu'on utilisait encore il y a quelques années pour accompagner les chantres au lutrin (Abadie), à une aubergine, une cornemuse (Albertin), à une tête fœtale.

L'abcès n'occupe pas toute la longueur de la trompe, c'est surtout la portion ampullaire qui est distendue par

le pus, et cela se comprend si l'on se rappelle qu'au point de vue histologique la région ampullaire est caractérisée par l'épaisseur de la tunique muqueuse revêtue d'une gaine conjonctive très riche en fibres élastiques ; la portion interstitielle, surtout riche en fibres musculaires, constitue à la tumeur une sorte de pédicule qui la rattache à l'utérus.

Leur aspect nacré blanc bleuâtre, ou blanc grisâtre rappelle de tous points celui d'un vieux kyste de l'ovaire. A leur surface, dans un des cas, on ne voit pas de granulations tuberculeuses, ce qui est dû à l'absence de propagation des lésions jusqu'à la séreuse ; dans les deux autres cas il existait un fin semis de granulations tuberculeuses sur le revêtement péritonéal. La tumeur est, en général, lisse et régulière et ne contracte pas d'adhérences avec les organes voisins, sauf dans l'observation rapportée par Jeannel.

L'ostium abdominale est oblitéré, on n'en retrouve plus trace, ni rien qui vienne rappeler le pavillon de la trompe qui a complètement disparu.

L'abcès ouvert, le contenu s'écoule, il est tantôt constitué par un pus grumeleux, blanchâtre, tantôt verdâtre crémeux, « purée de pois », de tous points analogue au pus des abcès pottiques ; tantôt par un liquide puriforme tenant en suspension des débris caséeux.

Le contenu évacué, la surface interne de la trompe apparaît jaune pâle, légèrement granuleuse. Ce qui frappe surtout c'est l'absence complète des nombreux plis et sillons caractéristiques de la muqueuse tubaire. Il semble que la trompe s'est déplissée, distendue, par suite de la sécrétion lente et continue du pus dans sa

cavité, comme un ballon de baudruche se gonfle progressivement lorsque l'on souffle dedans.

La paroi de l'abcès mince, irrégulière, recouverte d'une couche puriforme plus condensée rappelle, à s'y méprendre, la membrane pyogénétique de tout abcès froid.

Le pus est-il stérile ou contient-il des bacilles de Koch ? On admet, en général, qu'il renferme de rares bacilles à virulence atténuée.

L'examen microscopique a été fait dans une de nos observations, et a permis de constater dans la profondeur de la muqueuse la présence très nette de cellules géantes caractéristiques.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

D'une façon générale, l'abcès froid tubaire reconnaît d'une part des causes étiologiques éloignées, causes prédisposantes peut-on dire et, d'autre part, des causes immédiates, véritables causes occasionnelles de l'infection par le bacille de Koch : cause efficiente.

La nature tuberculeuse de ces abcès doit d'abord être prouvée. On a signalé en effet des suppurations froides dues à une autre cause qu'au bacille tuberculeux. Si dans nos observations l'inoculation n'a pas été faite, si la présence ou l'absence du bacille dans le pus n'est pas signalée, par contre la preuve microscopique a été faite pour un des cas. Pour les autres, l'allure clinique, l'évolution lente et insidieuse, les caractères du pus et la présence de granulations tuberculeuses sur le péritoine

pelvien et aussi sur quelques anses intestinales en affirmant la nature bacillaire.

Les causes éloignées relèvent de l'âge, de l'hérédité, des maladies antérieures, c'est en somme la part du terrain.

L'abcès froid tubaire est une affection de la vie sexuelle et particulièrement du début de la vie sexuelle. Nos trois observations concernent des malades de 18, 19 et 21 ans. Deux d'entre elles sont vierges, nous aurons d'ailleurs l'occasion d'insister sur ce fait dans la pathogénie de l'affection ; cela ne peut nous étonner car nous savons que la tuberculose a, presque seule, le privilège des annexites virginales.

L'hérédité tuberculeuse ne semble jouer aucun rôle, ou tout au moins un rôle très effacé. Dans deux cas il s'agit de personnes ayant toujours joui d'une excellente santé. Une seule a eu une constitution un peu frêle, quelques bronchites, mais aucune maladie caractérisée. On ne relève également aucun antécédent blennorrhagique, pas de fausses couches, pas d'infection puerpérale, toutes causes qui, dans les autres formes de la tuberculose génitale, semblent faire le lit de la bacillose. Ici l'état habituel était très satisfaisant, et l'affection tubaire, la seule affection dont étaient atteintes ces malades. C'est donc chez des personnes indemnes de tout passé héréditaire et de tout passé génital que l'on voit se développer un abcès froid tubaire.

De quelle façon le bacille de Koch parvient-il à la trompe ?

Amann avait résumé d'une façon imagée les divers modes de pénétration du bacille ; il distinguait des

tuberculoses d'inoculation, d'inhalation, d'alimentation, de copulation.

Von Lingen distingue l'infection ascendante, l'infection descendante et l'infection hématogène. A priori, on peut penser qu'un abcès froid tubulaire peut relever comme les autres salpingites infectieuses, d'une infection ascendante d'origine externe et surtout d'origine sexuelle. Mais, on n'a jamais pu en faire la preuve ni cliniquement ni expérimentalement (Gorovitz). Il serait, d'ailleurs, difficile d'expliquer pourquoi les premières voies génitales sont indemnes de toute lésion bacillaire. Enfin, cette tuberculisation ne saurait s'appliquer aux deux cas où les malades étaient vierges.

L'infection descendante suppose une lésion primitive du péritoine ou des organes voisins; le bacille s'introduirait dans la trompe en franchissant le pavillon. Or, l'examen des pièces montre que s'il existe assez souvent des granulations tuberculeuses sur le péritoine, il n'en est pas toujours ainsi; que, d'autre part, les lésions tubaires sont toujours les plus anciennes, il ne pourrait en être ainsi si l'infection débutait dans les organes voisins.

A l'heure actuelle, on admet que la trompe s'inocule par voie sanguine. L'étude histologique a montré que les lésions débutent toujours dans la région la plus vascularisée: la sous-muqueuse, et que, de là, l'infection se propage vers la lumière de la trompe. Nous avons signalé, d'autre part, que l'affection débutait à l'âge où les organes génitaux sont en pleine activité.

Il faut aussi dire un mot de la façon dont le bacille

pénètre dans le sang et du mécanisme qui lui permet de se localiser secondairement à la trompe.

Pour Delore et Chaliér, les choses se passent de la façon suivante: les bacilles pénètrent dans l'organisme par une effraction de la muqueuse digestive ou, plus souvent, de la muqueuse respiratoire. Ils sont aussitôt attirés et absorbés par les ganglions correspondants; là, leur nombre et leur virulence peuvent aboutir à la formation de tubercules qui se ramolliront et s'évacueront dans les vaisseaux sanguins qui dissémineront les microbes dans tel ou tel organe: la trompe, dans notre cas. Dans d'autres circonstances, les bacilles de Koch créent un foyer tuberculeux viscéral, pulmonaire ou intestinal et c'est de ce foyer que partent des embolies de microbes dans le sang circulant.

Signalons, pour mémoire, l'infection par la voie lymphatique, dans le cas peu probable où un foyer à point de départ intestinal se propagerait à la trompe.

Tout ceci n'est que l'étape pré-annexielle de la tuberculisation de l'oviducte. Il faut rechercher maintenant pour quelles raisons le bacille se fixe sur la trompe sur une seule trompe et y détermine la formation d'un abcès froid.

On peut les classer en raisons d'ordre anatomique et d'ordre fonctionnel.

Parmi les premières, les uns ont incriminé la position horizontale, les flexuosités de l'oviducte, la richesse des franges et replis tubaires qui transforment l'ampoule en une série de cavités closes, où le bacille de Koch, anaérobie, trouve des conditions favorables à sa pullulation. « Comme les amygdales, dit Lucy, les replis de

la muqueuse tubaire saisissent et fixent les corps étrangers qui passent auprès d'eux. »

Pour d'autres auteurs, la cause réside dans la vascularisation de la trompe. Amann pense que la région ampullaire est mal irriguée. « On serait tenté, dit-il, d'établir une comparaison entre cette région et les sommets pulmonaires; or, ces deux zones sont le siège d'élection de l'infection tuberculeuse. » Par contre, Devaux, s'appuyant sur les travaux anatomiques de Rieffel et Fredet, établit que l'embolie microbienne se fait sur la portion ampullaire à cause de la richesse de son système circulatoire. Quoi qu'il en soit, si cette pathogénie peut expliquer une infection bilatérale, il est plus malaisé de dire pourquoi, dans les cas que nous avons rapportés, l'infection ne s'est faite qu'à une seule trompe. Peut-être cette localisation élective est-elle fonction d'une dystrophie, d'une malformation génitale, qu'il s'agisse d'aplasie ou d'atrésie de l'oviducte.

Si la vascularisation est, dans l'ordre anatomique, un facteur important de la fixation du bacille, les phénomènes congestifs de la puberté jouent, dans l'ordre fonctionnel, un rôle au moins aussi important. La tuberculose se localise sur les annexes, chez la femme, comme elle se localise à l'épiphyse osseuse chez les jeunes gens. Second, depuis déjà longtemps, avait remarqué que le bacille de Koch, chez les vierges, trouve un terrain propice à sa pullulation sur des trompes enflammées, congestionnées par l'établissement de la fonction menstruelle.

A côté de ces facteurs de grosse anatomie et de grosse physiologie, il faut tenir compte de facteurs plus déli-

eats, plus difficiles à analyser, tels que : production d'anticorps, réceptivité variable de la trompe, et surtout intensité différente de l'infection initiale.

Un abcès froid tubaire, tel que nous le connaissons, ne peut se former que dans les conditions suivantes : On doit admettre qu'il s'agit, ici, d'une tuberculose atténuée, d'un processus chronique d'emblée, limitant son atteinte à la muqueuse tubaire, et lui permettant d'organiser sa défense. Il faut que le pavillon s'oblitére, qu'il se fasse une production lente et continue de sécrétion purulente qui distende peu à peu la trompe, déplisse les replis de la muqueuse pour aboutir au volumineux abcès contenu dans une trompe close, amincie, distendue.

Mais pour qu'il en soit ainsi, il faut que la trompe soit saine. La virginité de l'oviducte est le facteur capital de la distension (Albertin). La trompe non sclérosée, non bridée par des adhérences antérieures aux organes voisins, peut se distendre et former ces grosses poches tubaires si caractéristiques. Aussi, dans les antécédents de nos malades, ne relevons-nous aucune trace d'infection antérieure, et nous expliquons-nous mieux pourquoi l'affection est si fréquente chez les vierges (deux cas sur trois).

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons souscrire à l'opinion émise par Simmonds, qui pense que la plupart des abcès froids tubaires relèvent de l'infection tuberculeuse secondaire d'un pyosalpinx préexistant, d'origine gonococcique ou streptococcique.

La première observation soulève une question importante. On doit se demander si, dans les abcès froids tubaires bilatéraux, l'infection bacillaire n'est pas

d'abord localisée à un seul côté, et ne se propage pas, au bout d'un temps plus ou moins long, au côté opposé. En effet, il est rare, dans les cas où les deux trompes sont atteintes au moment de l'intervention, de trouver, sur chacune d'elles, des lésions également avancées. En général, une des trompes est plus malade, partant plus anciennement atteinte. S'il en était ainsi, si les abcès unilatéraux ne représentaient que la première étape des abcès froids tubaires bilatéraux, il faudrait d'emblée faire une castration totale. Mais l'observation d'Abadie prouve qu'il existe des cas où les lésions, localisées à une seule trompe, n'ont pas récidivé, du côté opposé, onze années après l'opération.

SYMPTOMATOLOGIE — DIAGNOSTIC

Si l'abcès froid tubaire est une forme bien spéciale de la tuberculose des annexes, il ne constitue pas un syndrome pathognomonique. Nous allons en montrer le tableau clinique et dire les symptômes principaux qui permettront de le faire soupçonner, sinon diagnostiquer.

Le premier symptôme consiste en des douleurs spontanées, siégeant dans le bas-ventre. Dans nos trois observations, les malades ont commencé par se plaindre de douleurs, parfois vives dans le flanc gauche, douleurs discontinues, exagérées après une marche, un exercice fatigant, pendant une période de constipation. Dans une des observations, il existait, en outre, dès le début, des troubles menstruels; c'est ainsi que la malade voyait ses règles revenir régulièrement tous les 18 à 20 jours.

Plus tard, l'affection, une fois constituée, se traduit

par un ensemble de signes contenant bien peu de traits décisifs. C'est le syndrome d'une tumeur, d'abord pelvienne, puis pelvi-abdominale.

Les signes subjectifs sont les mêmes qu'à la période de début. Les douleurs semblent être moins vives et consister surtout en une sensation de pesanteur, de gêne dans le bas-ventre, avec, de temps à autre, des tiraillements avec irradiations au niveau des lombes et des membres inférieurs.

Les troubles menstruels sont plus accusés. Il y a toujours de la dysménorrhée : ou bien les règles sont régulières et en avance, ou bien elles sont irrégulières, peu abondantes, douloureuses. Il n'y a pas d'aménorrhée, puisqu'une seule trompe est atteinte ; pas de ménorragies, pas de pertes blanches puisque ces signes révèlent surtout des lésions vaginales ou utérines et que la trompe seule est atteinte à l'exclusion des autres organes de l'appareil génital.

Le symptôme qui inquiète les malades et pour lequel elles viennent consulter, c'est l'augmentation de volume du ventre. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'abcès froid tubaire, par suite de son développement, est devenu abdominal. A ce moment, l'examen physique permet de constater l'existence d'une tuméfaction plus ou moins volumineuse, soit sur la ligne médiane, soit dans un des flancs. Par le palper, on délimite une tumeur lisse, régulière, mobile, rarement douloureuse. Suivant le contenu de l'abcès, la main permet de sentir tantôt une masse assez dure, tout au moins rénitente ; tantôt obtient le phénomène de la fluctuation. A la per-

cussion, cette tumeur est mate et cette matité rappelle de tous points celle d'un kyste à l'ovaire.

Passant à l'examen des organes génitaux, on note avec soin l'état de l'hymen, et, par le toucher vaginal ou rectal, suivant les cas, combiné au palper abdominal, on constate plus ou moins facilement soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans un des culs-de-sac latéraux, la tumeur, son siège sur un des côtés de l'utérus, et son indépendance complète par rapport à cet organe. Les chocs imprimés par la main abdominale se transmettent à la masse sentie par le toucher.

Pendant toute l'évolution de l'affection, les phénomènes généraux font totalement défaut : pas d'amaigrissement, pas de faiblesse, toutes les malades ont gardé un bon appétit et un excellent état général. De même il n'existe aucune réaction fébrile, pas même ces faibles élévations de la température vespérale qui, par leur répétition, pourraient orienter les soupçons du côté d'une tuberculose annexielle.

Et, c'est là, toute la symptomatologie, bien frustre, il faut le reconnaître, des abcès froids tubaires unilatéraux.

Grâce aux progrès considérables faits par la chirurgie, nous ne pouvons plus souscrire à l'opinion de Lawson Tait, qui écrivait, il n'y a pas encore bien longtemps : « Nous pouvons laisser de côté toutes ces affections (cancer et tuberculose de la trompe) en disant que leur diagnostic est impossible et serait de peu d'importance s'il pouvait être fait. »

Certes, leur diagnostic est difficile. On se trouve en présence du tableau clinique d'une tumeur kystique

pelvi-abdominale. Or, une tumeur hypogastrique lisse, irrégulière, mate, rénitente, indolore, latéro-utérine est un kyste ovarien. Aussi, n'est-il pas étonnant que, dans les trois observations, le diagnostic porté fut celui de kyste de l'ovaire.

On a fait remarquer que la forme des abcès froids est plus allongée; et que la fluctuation nette, la présence de bosselures étaient plutôt en faveur d'un kyste; ce sont des nuances trop subtiles pour un diagnostic clinique différentiel.

Il est plus facile de les distinguer d'un fibrome du ligament large, qui est une tumeur solide latéro-utérine, très dure au toucher et au palper; d'un pyosalpinx d'origine blennorrhagique ou puerpérale refroidi, grâce à leur histoire clinique d'une grossesse tubaire par l'hypertrophie concomitante de l'utérus et les signes probables de grossesse. Par contre, il est impossible de les différencier d'un hématosalpinx, d'un hydrosalpinx, d'un kyste dermoïde suppuré.

Ces abcès sont donc d'un diagnostic malaisé, le plus souvent on se contentera du diagnostic de tumeur latéro-utérine ou, si l'on veut aller plus loin, on affirmera : kyste de l'ovaire. Nous ne prétendons pas qu'on puisse faire le diagnostic exact; nous demandons seulement qu'on pense à cette affection lorsque l'on trouvera, chez une jeune femme, exempte de toute infection antérieure, à plus forte raison chez une vierge, une grosse tuméfaction pelvi-abdominale ayant évolué lentement, progressivement sans phénomènes généraux et s'étant accompagnée, au début, de quelques douleurs.

J.-L. Faure, lui-même, n'a-t-il pas écrit: « Il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale (disons l'abcès froid tubaire) que pendant l'opération. »

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Il faut opérer les abcès froids tubaires.

Il ne peut être question de laisser sciemment un foyer tuberculeux ou supposé tel, toujours grave et toujours menaçant, quant on peut le faire disparaître au prix d'une opération dont les risques, bien que réels, ne peuvent être mis en balance avec les avantages qu'on en peut retirer.

Si l'on peut admettre qu'un abcès froid tubaire, processus bacillaire atténué et chronique, ne risque pas de produire une infection tuberculeuse généralisée, il peut, par contre, donner naissance à un certain nombre de complications locales redoutables. Il peut se rompre dans l'abdomen à la suite d'un traumatisme ; il peut s'évacuer à l'extérieur après avoir perforé la vessie (Volle), le rectum (Tomson), le vagin. Or, ces complications nécessiteront des interventions beaucoup plus graves que l'ablation de l'abcès lui-même.

Peut-on espérer la guérison naturelle ? Il est peu probable qu'une tuméfaction aussi volumineuse puisse se résorber. Certains admettent qu'elle peut se transformer

en hydrosalpinx stérile (Lucy). Tomson, au contraire, pense que ces abcès proviennent d'un hydrosalpinx préexistant. Il n'en reste pas moins vrai qu'il subsiste à l'intérieur du ventre, une poche volumineuse qui peut se tordre ou se rompre. On a signalé (Jordan) la calcification, la dégénérescence crétacée et fibreuse d'abcès froids de la trompe; mais il s'agissait alors de tous petits abcès froids enkystés soit dans la paroi, soit dans un segment de la trompe qui ne peuvent se comparer aux grands abcès froids tubaires que nous étudions. Même si aucune complication n'était à craindre, à quoi bon laisser dans l'organisme une tumeur qui, en plus des phénomènes douloureux ou, tout au moins, de gêne qu'elle détermine est une préoccupation constante et fâcheuse pour les malades.

Peut-on espérer, par un traitement médical bien conduit, faire régresser un abcès pareil ? Les moyens thérapeutiques que l'on peut mettre en œuvre : repos complet de l'appareil génital, usage de la chaleur intus et extra sous forme de cataplasmes, injections ou lavements, héliothérapie favorisant la stérilisation des foyers tuberculeux, mais dont les effets heureux se font surtout sentir dans les formes à prédominance péritonéale, sont tout à fait insuffisants. Ils doivent céder le pas au traitement sanglant qui, seul, est capable de donner des guérisons rapides et complètes. Ils pourront être employés utilement après l'opération. Avant d'en terminer avec le traitement médical, il faut dire un mot des médicaments spécifiques : vaccins tuberculeux, corps immunisants de Spengler, et surtout tuberculine de Koch. Employés systématiquement, par Birnbaum, à la clinique chirurgi-

cale de Gœttingue, ils ont donné des résultats favorables dans certaines formes de tuberculose annexielle, mais sont restés inefficaces contre les abcès froids tubaires.

Ces abcès relèvent donc exclusivement du traitement chirurgical.

On pourrait essayer de ponctionner ces abcès, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, les vider, et injecter un liquide modificateur, comme dans un abcès pottique ordinaire. Cette méthode n'a jamais été mise en œuvre parce que le diagnostic est seulement fait après la laparotomie, et qu'à ce moment l'extirpation de la tumeur salpingienne est l'intervention de choix. Cependant, Jeannel s'était demandé s'il n'aurait pas mieux valu employer ce traitement chez sa malade.

La voie vaginale n'est plus employée aujourd'hui parce qu'elle expose aux déchirures de la vessie et de l'intestin et qu'elle donne peu de jour pour enlever des collections aussi volumineuses.

Il faut intervenir par la voie abdominale parce que ces abcès occupent l'abdomen plus que la cavité pelvienne et parce qu'elle permet le choix raisonné de l'opération après connaissance précise des lésions en cause.

Doit-on appliquer la doctrine classique : en matière de tuberculose annexielle, la chirurgie ne doit jamais être conservatrice.

Il est certain que, dans les abcès froids tubaires bilatéraux, la castration totale s'impose ; mais, dans les cas comme ceux que nous avons rapportés où les lésions sont bien limitées à une trompe, il ne peut être question de faire une semblable opération. Cependant, certains

auteurs étrangers préconisent cette méthode. C'est ainsi que Basch et Döderlein, se basant sur la fréquence des récidives, disent de toujours enlever les deux trompes. Simmonds proclame catégoriquement: « Même si l'une des trompes est saine, il faut toujours les enlever toutes les deux. »

Une telle conduite ne paraît pas conforme aux indications de la clinique et vraiment peu soucieuse d'une maternité ultérieure. Si ces abcès survenaient chez des femmes âgées de trente à quarante ans, mariées, ayant des enfants, il n'y aurait pas d'inconvénient à enlever l'utérus et ses annexes; mais il s'agit toujours de personnes très jeunes, le plus souvent de jeunes filles. Or, au point de vue social comme au point de vue moral, il n'est pas indifférent de rendre quelqu'un définitivement stérile sans nécessité absolue.

Qu'y a-t-il à craindre en faisant une opération conservatrice ? Que la trompe opposée ne réagisse à son tour et donne naissance à un nouvel abcès froid. Au cas où cette éventualité surviendrait (et elle s'est produite dans notre première observation) il serait toujours temps d'intervenir une seconde fois. Certes, cette nouvelle opération sera plus pénible par suite des nombreuses adhérences qui se seront produites; mais ce n'est pas une raison suffisante pour que le chirurgien prenne les devants.

Il est admis qu'en matière de tuberculose des annexes, on ne peut, d'après le seul examen macroscopique des organes voisins, affirmer s'ils sont sains ou non, et que s'il existe des lésions, elles sont toujours beaucoup plus avancées qu'elles ne le paraissent. Nous ferons remar-

quer que, dans notre première observation, la trompe opposée était absolument saine, que dans la seconde il existait sur le péritoine environnant et même sur les annexes opposées un léger semis de granulations tuberculeuses. Or, la même intervention : ablation unilatérale des organes malades fut pratiquée chez ces deux jeunes filles, mais si la seconde a guéri parfaitement, une nouvelle opération fut nécessaire chez la première pour enlever un abcès froid développé dans la trompe du côté opposé. Lorsque la seconde trompe réagit à son tour, l'évolution est beaucoup plus rapide. Un mois seulement après la première salpingectomie, la malade commençait à ressentir dans le ventre de nouvelles douleurs. En deux mois, il s'était formé un abcès froid contenant 700 gr. de pus. Il faut admettre que dans ce cas l'opération donne un coup de fouet au processus tuberculeux.

De ce parallèle il faut retenir qu'il n'existe aucun criterium permettant au chirurgien de prévoir l'infection de la seconde trompe.

Aussi faut-il avoir toujours recours dans les abcès froids tubaires unilatéraux aux opérations conservatrices qui consisteront en une simple salpingectomie si la trompe seule est reconnue malade, en une castration unilatérale si l'ovaire est atteint lui aussi.

Comme le dit excellemment Abadie : « Je répugnais à rendre ma malade définitivement stérile et je préférais lui faire courir les chances d'une guérison avec une mutilation réduite au minimum, sous la réserve d'un traitement ultérieur très surveillé. »

Après l'acte opératoire, les malades bénéficient avantageusement du traitement médical. Il faut envoyer

ces opérées au soleil et au grand air, soit à la montagne, soit à la mer. Un régime substantiel leur sera prescrit.

Les médicaments en usage : huile de foie de morue, cacodylates, l'héliothérapie, non pas sur l'abdomen seulement, mais sur tout le corps, seront des adjuvants précieux.

Les malades ou leur famille doivent être prévenues qu'une seconde collection pareille à la première pourra se développer du côté opposé, et nécessiter une nouvelle intervention. Cette éventualité n'aggrave pas le pronostic.

Les résultats obtenus par cette méthode sont excellents. La malade opérée par Patel a été revue un an après sa deuxième opération ; elle est en excellente santé et ne présente pas de troubles ovariens. Celle opérée par Abadie, en 1909, a été suivie jusqu'au mois de juin 1920. Elle est également très bien portante, s'est mariée, mais n'a pas eu d'enfants, pas de grossesses.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès froids tubaires représentent une forme bien individualisée de la réaction de la trompe de Fallope à l'infection par le bacille de Koch. C'est un processus tuberculeux atténué, chronique d'emblée, localisant son atteinte à la muqueuse tubaire, lui permettant d'organiser sa défense, et évoluant comme un abcès symptomatique d'un mal de Pott.

II. — C'est une forme rare de la tuberculose des annexes. Presque toujours bilatéraux, les abcès froids tubaires sont exceptionnellement unilatéraux. Nous venons d'en rapporter trois cas.

III. — Survenant chez des sujets jeunes, souvent chez des vierges, sans antécédents d'aucune sorte, ils constituent une poche volumineuse, presque toujours libre d'adhérences, renfermant un demi à un litre de pus d'abcès par congestion.

IV. — Leur début insidieux, leur évolution lente et progressive, sans phénomènes généraux, rendent leur diagnostic difficile. On devra y songer toutes les fois que l'on verra évoluer à bas bruit une volumineuse col-

fection pelviabdomale chez une femme jeune, à plus forte raison chez une vierge.

V. — Le traitement doit être chirurgical et conservateur. Si dans les abcès bilatéraux la castration totale représente l'opération de choix, dans les abcès froids tubaires unilatéraux l'intervention doit se borner à l'ablation de l'organe malade. Elle consistera en une salpingectomie ou en une castration unilatérale faite par la voie abdominale. La récurrence signalée dans une de nos observations après l'opération conservatrice ne doit pas faire modifier ce principe, car il s'agit de femmes jeunes. La guérison est la règle.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
AUG. POLLOSSON.

Vu :

Pour le Doyen :

L'ASSESSEUR,
JEAN LEPINE.

Lyon, le 7 décembre 1920.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
ALBERT WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme. (*Société de Chirurgie*, Paris, 1911.)
— Deux formes de la tuberculose génitale chez la femme. (*La Gynécologie*, 1912.)
- ALBERTIN. — Des abcès froids tubaires. (*Lyon Chirurgical*, 1908.)
- AMAN. — *Congrès de Rome*, 1902.
- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1866.
- BERTRAND. — Des abcès froids tubaires. (*Thèse de Lyon*, 1908.)
- BERNBAUM. — Traitement de la tuberculose génitale chez la femme par la tuberculine de Koch. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1907.)
- CHAUFTON. — La tuberculose annexielle. (*Thèse de Paris*, 1905.)
- DELORE et CHALIER. — Tuberculose génitale, 1920.
- DUROUX. — Pyosalpinx bacillaire bilatéral. (*Lyon Médical*, 1909.)
- FAURE. — *Congrès de Rome*, 1902.
- JABOULAY et PATEL. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1905.)
- JAMIN et VIOLET. — Quelques cas de tuberculose génitale chez la femme. (*Lyon Médical*, 1904.)
- JAYLE. — De la tuberculose de la trompe. (*Presse médicale*, 1913.)
- JEANNEL. — Pyosalpinx tuberculeux. (*Semaine médicale*, 1887.)

- LERICHE. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. (*Lyon Médical*, 1905.)
- PATEL. — Traitement de la tuberculose génitale de la femme. (*Congrès international de la tuberculose*, 1912.)
- PATEL et OLIVIER. — De la thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. (*Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1913.)
- POZZI. — Tuberculose génitale. (In *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*.)
- RIVES. — De la tuberculose des annexes de l'utérus. (*Thèse de Montpellier*, 1909.)
- SEMMONDS. — La tuberculose génitale chez la femme. (*Archive für gynækologie*, 1909.)
- TOMSON. — Contribution à l'étude de la tuberculose des organes génitaux de la femme. (*Journ. Akouch. geusk. bal.*, 1904.)
- VANVERTS et PAUCOT. — A propos de l'abcès froid tubaire, (*Echo médical du Nord*, 1911.)
- VIOLET et CHALIER. — De l'ouverture spontanée dans la vessie des pyosalpinx tuberculeux. (*Revue de Gynécologie*, 1909.)
- VON LINGEN. — Sur la tuberculose des trompes. (*Presse médicale*, 1908.)
-

IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ

- - LYON - -

